

記入例

傷病手当金請求書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号						被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ	生年月日				
	8	0	1	9	9	9		9	関西 八郎	昭和 平成 令和	〇	〇	〇
	被保険者の現住所		〒 530 - 8408 大阪市北区扇町2丁目〇番〇号 ☎ 06 - 0304 - 8008										
	被保険者の勤務する (していた)事業所名		関西テレビ放送株式会社										
	被保険者の資格 を取得した日		昭和 平成 令和 〇 年 4 月 1 日					⑦ 被保険者の 標準報酬月	千円				
	傷病名		鎖骨骨折										
	発病又は負傷の年月日			平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日			⑩ 第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ					
	① 疾病又は負傷の療養を するため休んだ期間			令和 〇 年 〇 月 〇 日から 〇 年 〇 月 〇 日まで 〇〇 日間									
	(A) うえの①に書いた期間分の報酬（賃金）を受けましたか、 又は受けられますか。				受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない								
	(B) 報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬 の額とその報酬支払の基礎となった（なる）期間				令和 〇 年 〇 月 〇 日から の分として 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで 〇〇〇〇 円								
	(A)うえの①に書いた期間の中に入院した期間がありますか				あ る ・ な い								
	入院 した 期 間 が あ る 時	病 院 名											
		病 院 の 所 在 地											
		入 院 し た 期 間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間										
		自費で入院しましたか、健康保険で入院しましたか		自 費 ・ 健康保険 ・ 公 費 ・ その他									
障害年金/障害手当金 を受給していますか		はい ・ 請求中 ・ いいえ					受給病名						

支給決定額

円

受付日付印

常務理事	事務長		担当者

※こちらの申請用紙はA3サイズで出力してください

関西テレビ放送健康保険組合

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間																																
	勤務状況 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																														出勤	有給	計		
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日	日
	うえに書いた期間中の分として報酬を「全額支給」とした 場合または「一部支給」とした場合または支給する場合		自 年 月 日					至 年 月 日					日間	支 給 額		日 額		賃金内訳																	
			年	月	日	年	月	日	日	円	円																								
			年	月	日	年	月	日	日	円	円																								
			年	月	日	年	月	日	日	円	円																								
	現在までも、また将来も 支給しない場合はその旨																											給与締日		日					
																												給与支払日		当月 翌月 日					
	被保険者の報酬形態(該当に○)		月給 ・ 日給月給 ・ 日給 ・ 時給 ・ 歩合給 ・ 役員報酬 ・ その他 （ ）																																
	うえのとおり相違ないことを証明します。																									担当者氏名									
	事業所所在地 〒 - 令和 年 月 日																																		
	事業所名称 ☎ - -																																		
事業主氏名 印																																			
※請求期間にかかわる前月分からの出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。																																			

医 師 が 証 明 す る と こ ろ	傷 病 名																																	
	発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日										療養の給付を 開始した年月日					平成・令和 年 月 日																	
	発病又は負傷の原因																																	
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間																									左の期間の診療実日数 日間							
	傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要																																	
	うえの期間中に入院した 期間がある場合はその期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間																									入院費用の別 健保・自費・公費							
	うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																	
	医療施設の所在地 〒 - ☎ - - 医療施設の名称 印 医師																																	